

出張介護予防講座申込書

団体・グループ名				
代表者氏名				
会合の名称				
連絡先	住所	〒 ー		
	担当者氏名			
	電話番号	() ー		
講演希望	日時 (最大1時間)	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 (講演時間 時間 分)		
	会場名		参加人数 (予定)	名
	会場所在地			
	講演内容 (内容を右記からお選びください。右記の内容以外の方はその他に内容をご記入ください) ※□に✓して下さい。	<input type="checkbox"/> 健康寿命と介護予防について (講話) ※30分 <input type="checkbox"/> 地域で取り組む介護予防 (講話) ※30分 <input type="checkbox"/> ロコモティブシンドローム・フレイルとは (講話+実技) ※60分 <input type="checkbox"/> 脳と体をリフレッシュ! (講話+実技) ※30分 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	要望			

(注) 上記の太枠で囲んだ部分のみご記入ください。

※1 時間は目安時間です。ご相談いただければ時間を変更することも可能です。また、講演内容の組み合わせも可能です。

※2 トレーナーへの要望がありましたらご記入ください。可能な限り対応させていただきますが、実施できない場合もありますのでご了承ください。

※3 講師派遣は、**各グループ・団体「年1回」のみ**ご利用いただけます。

受付日	令和 年 月 日 ()	受付担当者	
確認事項	<input type="checkbox"/> 会場の状態 (板・畳・ビニール・カーペット・その他)	講師	
	<input type="checkbox"/> イス (有・無) <input type="checkbox"/> プロジェクター (有・無) <input type="checkbox"/> 机 (有・無) <input type="checkbox"/> パソコン (有・無)		
	<input type="checkbox"/> 靴 (有・無) <input type="checkbox"/> 音響 (有・無) <input type="checkbox"/> 印刷 (可・不可) <input type="checkbox"/> マイク (有・無)	備考	

北九州市認知症支援・介護予防センター

〒802-8560 北九州市小倉北区馬借一丁目7番1号

Tel 522-8765 Fax 522-8773 担当: 坂田・天野

受付番号